

**Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
Para el Distrito de Puerto Rico**

**REVISE DETENIDAMENTE LA PRENTE OBJECCIÓN Y LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS
PARA DETERMINAR SI LA OBJECCIÓN AFECTA A SU(S) RECLAMOS.**

Awilda Matos Aponte
Urb. Ciudad Universitaria
C18 calle B-Este
Trujillo Alto, PR 00976
Teléfono (939) 335-6450
Email: camachoadimel@gmail.com

En el asunto de:

JUNTA DE SUPERVISIÓN Y ADMINISTRACIÓN
FINANCIERA PARA PUERTO RICO,

como representante de

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO y
otros,

PROMESA
Título III

Núm. 17 BK 3283-LTS

(Administrada conjuntamente)

La presente radicación guarda
relación con el ELA, la ACT y el
SRE.

CASO NÚMERO 134346

**CENTÉSIMA QUINCUAGÉSIMA OBJECCIÓN GLOBAL (NO SUSTANTIVA) DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO, DE LA AUTORIDAD DE CARRETERAS Y TRANSPORTACIÓN DE PUERTO RICO Y DEL
SISTEMA DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO
RICO A VARIOS RECLAMOS DEFICIENTES**

Motivo: Al Honorable Tribunal

En el 27 de junio de 2018 se entregó la documentación solicitada titulado centésima
Quincuagésima Objeción Global ("Promesa") se declara, como deficiente la reclamación presentada por

RECEIVED
CLERK OF DISTRICT COURT
SAN JUAN, P.R.
2021 MAR 23 PM 4:17

la subscritiente el 27 de junio de 2018 ante este tribunal en el caso de epigrafe # 134346, por alegadamente no responder o aportado información eficiente. Reclamando; trabajo para el Departamento de Salud programa de Medicaid Carolina pago por vocaciones aumento salarial. Solicitó se declaré no a lugar la objeción de los deudores y que se permita a la subscritiente presentar su evidencia de reclamación corregida.

Durante el tiempo que estoy trabajando no he obtenido ningun documento salarial Ley #96 no fueron proporcionados.

Se entrega evidencia de Certificación de Patrono del Departamento de Salud y Certificación de Retiro de lo acumulado y años de servicios.



Awilda Matos Aponte



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud
Oficina Recursos Humanos

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por la presente certifico que la persona indicada a continuación es empleado (a) de este Departamento:

NOMBRE	: AWILDA MATOS APONTE
SEGURO SOCIAL	: 7749
PUESTO	: TECNICO DE PROGRAMA I
SUELDO MENSUAL	: \$2,033.00
FECHA NOMBRAMIENTO	: 16 DE DICIEMBRE DE 1991

Lo que informo es a petición del (la) empleado (a).

CERTIFICO CORRECTO,

A handwritten signature in black ink, reading "Blanca M. García Carlo".

Blanca M. García Carlo
Administradora Sistema de Oficina
Oficina de Recursos Humanos
Región Metro - Fajardo

Dada en Río Grande, Puerto Rico
Hoy, 3 de marzo de 2021

NOTA: NO ES VALIDA SI LA MISMA TIENE ALTERACIONES

**UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO**

In re:

THE FINANCIAL OVERSIGHT AND
MANAGEMENT BOARD FOR PUERTO RICO,

as representative of

THE COMMONWEALTH OF PUERTO RICO, *et al.*,

Debtors.¹

PROMESA

Title III

No. 17 BK 3283-LTS

(Jointly Administered)¹

ADMINISTRATIVE CLAIMS RECONCILIATION NOTICE

Service Date: **November 6, 2020**

Designated Claimant(s): **Matos Aponte, Awilda**

Address: **Urb. Ciudad Universitaria C-18 Calle B-Este
Trujillo Alto PR 00976**

Designated Claim Number(s): **134346**

Amount(s) Stated in Proof(s) of Claim: **\$39,656.37**

Claim Type: **Pension/Retiree Claims**

This Notice only applies to the Designated Claim Number(s) listed above. You should read the Notice carefully and discuss it with your attorney. If you do not have an attorney, you may wish to consult one.

¹ The Debtors in these Title III Cases, along with each Debtor's respective Title III case number and the last four (4) digits of each Debtor's federal tax identification number, as applicable, are the (i) Commonwealth of Puerto Rico (the "Commonwealth") (Bankruptcy Case No. 17 BK 3283-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3481); (ii) Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation ("COFINA") (Bankruptcy Case No. 17 BK 3284-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 8474); (iii) Puerto Rico Highways and Transportation Authority ("HTA") (Bankruptcy Case No. 17 BK 3567-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3808); (iv) Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico ("ERS") (Bankruptcy Case No. 17 BK 3566-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 9686); (v) Puerto Rico Electric Power Authority ("PREPA") (Bankruptcy Case No. 17 BK 4780-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3747); and (vi) Puerto Rico Public Buildings Authority ("PBA") (Bankruptcy Case No. 19-BK-5523-LTS) (Last Four Digits of Federal Tax ID: 3801) (Title III case numbers are listed as Bankruptcy Case numbers due to software limitations).

Proof of Claim: 134346

Claimant: Matos Aponte, Awilda

INFORMATION REQUESTED TO PROCESS YOUR CLAIM

Instructions

Please answer all four (4) questions and any applicable sub-questions. Please include as much detail as possible in your responses. **Your answers should provide more information than the initial proof of claim.** For example, if you previously wrote as the basis for your claim "Ley 96," please elaborate now on what specific laws you are purporting to rely on, the year the law at issue was passed, and how and why you believe this particular law provides a basis for your claim. Additionally, if available and applicable to your claim, please provide:

- Copy of a pleading, such as a Complaint or an Answer;
- Any unpaid judgment or settlement agreement;
- Written notice of intent to file a claim with proof of mailing;
- Any and all documentation you believe supports your claim.

Please send the completed form and any supporting documents via **email** to PRClaimsInfo@primeclerk.com, or by **mail or hand delivery** to the following addresses:

<u>First Class Mail</u>	<u>Hand Delivery</u>
Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center c/o Prime Clerk, LLC Grand Central Station, PO Box 4708 New York, NY 10163-4708	Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center c/o Prime Clerk LLC 850 Third Avenue, Suite 412 Brooklyn, NY 11232

Questionnaire

1. What is the basis of your claim?

- ☐ A pending or closed legal action with or against the Puerto Rican government
- ☒ Current or former employment with the Government of Puerto Rico
- ☐ Other (Provide as much detail as possible below. Attach additional pages if needed.)

2. What is the amount of your claim (how much money do you claim to be owed):

39,656.37

3. **Employment.** Does your claim relate to current or former employment with the Government of Puerto Rico?

- ☐ No. Please continue to Question 4.
- ☒ Yes. Answer Questions 3(a)-(d).

3(a). Identify the specific agency or department where you were or are employed:

Departamento de Salud-Programa de Asistencia Médica



Proof of Claim: 134346

Document Page 6 of 13

Claimant: Matos Aponte, Awilda

3(b). Identify the dates of your employment related to your claim:

27 June 2018

3(c). Last four digits of your social security number:

7749

3(d). What is the nature of your employment claims (select all applicable):

☒ Pension☒ Unpaid Wages☒ Sick Days☐ Union Grievance☒ Vacation☐ Other (Provide as much detail as possible. Attach additional pages if necessary).4. **Legal Action.** Does your claim relate to a pending or closed legal action?☐ No.☒ Yes. Answer Questions 4(a)-(f).

4(a). Identify the department or agency that is a party to the action.

Departamento de Salud - Programa de Asistencia Médica

4(b). Identify the name and address of the court or agency where the action is pending:

Departamento de Salud Antiguo Edif Psiquiátrico Edif J. Centro Médico San Juan, PR 00921

4(c). Case number:

134346

4(d). Title, Caption, or Name of Case:

Promesa 111 num 17 BK 3283 - LTS

4(e). Status of the case (pending, on appeal, or concluded):

pendiente de apelación

4(f). Do you have an unpaid judgment? (Yes) / No (Circle one)

If yes, what is the date and amount of the judgment?

Promesa 111 num 17 BK 3283 LTS
27 June 2018 - 39,656.3



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de los Sistemas de Retiro
de los Empleados del Gobierno y la Judicatura

ESTADO DE CUENTA ESTIMADO

10 de octubre de 2019

Agencia: 164 - DEPARTAMENTO DE SALUD

AWILDA MATOS APONTE
URB CIUDAD UNIVERSITARIA
C-18 CALLE B-ESTE
TRUJILLO ALTO, PR 00976

Seguro Social: XXX-XX-7749

A base de la información en nuestros registros, al 10 de octubre de 2019 usted posee:

Fecha de Nacimiento: 21 de junio de 1954

Género: Femenino

Fecha de Ingreso al Servicio Público: 16 de diciembre de 1991

Fecha de Comienzo de Cotización: 16 de diciembre de 1991

Ley 1 al 30 de junio de 2013	Ley 3 - 2013 al 30 de junio de 2017	Ley 106
Años Acreditados: 17.75	Tiempo Trabajado: 4	Tiempo Trabajado: 2.25
	Aportaciones: 9,698.40	Aportaciones: 4,772.35
	Intereses: 780.45	Intereses: 0.00
	Gastos Teneduría: 0.00	Gastos Teneduría: 0.00
Servicio No Cotizado		
Pagado: 0.00		
Tiempo: 0.00		
Balance Acumulado: 29,177.52	Total Aportaciones: 10,478.85	Total Aportaciones: 4,772.35
Beneficio: 495.20	Beneficio: 69.27	Beneficio: 0.00

Los balances aquí reflejados por concepto de Aportación Individual y Años de Servicio están sujetos a revisión.

En caso de que la información no coincida con sus registros, deberá comunicarse con el Coordinador para Asuntos de Retiro de su Agencia, Municipio o entidad correspondiente.

Le recordamos que previo a radicar una solicitud de pensión, deberá solicitar su Estado de Cuenta oficial a través de su Coordinador.

Cordialmente,

Unidad de Estado de Cuenta
Área de Participantes





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de los Sistemas de Retiro
de los Empleados del Gobierno y la Judicatura

ESTADO DE CUENTA ESTIMADO

25 de junio de 2018

Agencia: 164 - DEPARTAMENTO DE SALUD

AWILDA MATOS APONTE
URB CIUDAD UNIVERSITARIA
C-18 CALLE B-ESTE
TRUJILLO ALTO, PR 00976

Seguro Social: XXX-XX-7749

A base de la información en nuestros registros, al 25 de junio de 2018 usted posee:

Fecha de Nacimiento: 21 de junio de 1954

Género: Femenino

Fecha de Ingreso al Servicio Público: 16 de diciembre de 1991

Fecha de Comienzo de Cotización: 16 de diciembre de 1991

<i>Ley 1 al 30 de junio de 2013</i>		
Años Acreditados:	17.75	
Aportaciones:		\$23,930.51
Intereses:		\$5,247.01
Gastos Teneduría:		\$0.00
Total Aportaciones:		\$29,177.52
SNC Pagado:		\$0.00
SNC Tiempo:	0.00	
Beneficio:		\$0.00

<i>Ley 3 al 30 de junio de 2017</i>		
Tiempo Trabajado:	4	
Aportaciones:		\$9,698.40
Intereses:		\$780.45
Gastos Teneduría:		\$0.00
Total Aportaciones:		\$10,478.85
Beneficio:		\$0.00

Es importante destacar que el Balance de la Aportación Individual reflejada es la acumulación de la cantidad aportada a Retiro a la fecha de la última nómina procesada en el Sistema. Los balances aquí reflejados por concepto de Aportación Individual y Años de Servicio están sujetos a revisión.

En caso de que la información no coincida con sus registros, deberá comunicarse con el Coordinador para Asuntos de Retiro de su Agencia o Municipio. Además, puedes acceder esta información a través de la sección Servicios en Línea del Portal de Internet de Retiro: <http://www.retiro.pr.gov>.

Le recordamos que previo a radicar una solicitud de pensión, deberá solicitar un Estado de Cuenta oficial a través de su Coordinador.

Coordialmente,

Unidad de Estado de Cuenta
Área de Participantes



UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). / Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).		
<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

2018 JUN 27 P 2:06
RECEIVED

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quiénes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1 Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor? ¿Quién es el acreedor actual?	<u>Aurida Matos Aponte</u> Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim) Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación) Other names the creditor used with the debtor Otros nombres que el acreedor usó con el deudor
--	---

2. Has this claim been acquired from someone else? ☒ No / No
☐ Yes. From whom? SI. ¿De quién? _____

¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?

3. Where should notices and payments to the creditor be sent? Where should notices to the creditor be sent? (If different)
¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? (En caso de que sea diferente)

Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g)
¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?

Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en Inglés) 2002(g)

Awilda Matos Aponte
 Name / Nombre

Urb. Ciudad Universitaria
 Number / Número Street / Calle

C-18 Calle B-Este
 Number / Número Street / Calle

Trujillo Alto P.R. 00976
 City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal

(787) 761-6968
 Contact phone / Teléfono de contacto

Contact email / Correo electrónico de contacto

4. Does this claim amend one already filed? ☒ No / No
☐ Yes. Claim number on court claims registry (if known)
SI. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo)
 Filed on / Presentada el _____ (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?

5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim? ☒ No / No
☐ Yes. Who made the earlier filing?
SI. ¿Quién hizo la reclamación anterior? _____

¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?

Part 2 / Parte 2:

Give Information About the Claim as of the Petition Date

Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico? ☒ No / No
☐ Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: <https://cases.primeclerk.com/puertorico/>.)
SI. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: <https://cases.primeclerk.com/puertorico/>).

¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?

7. Do you supply goods and / or services to the government? ☒ No / No
☐ Yes. Provide the additional information set forth below / SI. Proporcionar la información adicional establecida a continuación:

¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?

Vendor / Contract Number | Número de proveedor / contrato: _____

List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017:
 Añote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ _____

<p>8. How much is the claim? <u>\$ 39,656.37</u></p> <p>¿Cuál es el importe de la reclamación?</p>	<p>Does this amount include interest or other charges? ¿Este importe incluye intereses u otros cargos?</p> <p><input type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). Sí. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).</p>
<p>9. What is the basis of the claim?</p> <p>¿Cuál es el fundamento de la reclamación?</p>	<p>Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.</p> <p>Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.</p> <p style="text-align: center;"><u>39,656.37</u></p>
<p>10. Is all or part of the claim secured?</p> <p>¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. Sí. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien.</p> <p>Nature of property / Naturaleza del bien:</p> <p><input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos</p> <p><input type="checkbox"/> Other. Describe: Otro. Describir: _____</p> <p>Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: _____</p> <p>Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.)</p> <p>Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.</p> <p>Value of property / Valor del bien: \$ _____</p> <p>Amount of the claim that is secured / Importe de la reclamación que está garantizado: \$ _____</p> <p>Amount of the claim that is unsecured / Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ _____ (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.)</p> <p>Amount necessary to cure any default as of the Petition Date / Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso: \$ _____</p> <p>Annual Interest Rate (on the Petition Date) Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Fixed / Fija</p> <p><input type="checkbox"/> Variable / Variable</p>
<p>11. Is this claim based on a lease?</p> <p>¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. Sí. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso: \$ _____</p>

12. Is this claim subject to a right of setoff? ☐ No / No
☒ Yes. Identify the property / SI. Identifique el bien: Deber 150 dinero ya que he trabajado 20 1/2 años y lo cotizado para retiro 26 1/2 años

13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)? ☒ No / No
☐ Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim.

¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?

SI. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it. FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha. FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

- ☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.
☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.
☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.
☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this Proof of Claim serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta Evidencia de reclamación se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta Evidencia de reclamación y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 26/6/18 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma [Signature]

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name Aurilda Matos Aponte
First name / Primer nombre Aurilda Middle name / Segundo nombre Matos Last name / Apellido Aponte

Title / Cargo Técnico de Programación

Company / Compañía Departamento de Salud-Programa Medicaid
Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer. / Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección San Juan Hospital Psiquiátrico
Number / Número San Juan Street / Calle P.R. ZIP Code / Código postal 00936

Contact phone / Teléfono de contacto _____ Email / Correo electrónico _____

Aurilda Matos Aponte
Urb. Ciudad Universitaria
C-18 Calle B- Este
Trujillo Alto



7020 0090 0000 6612 3954



1000



00918

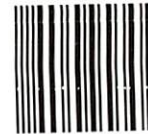
U.S. POSTAGE PAID
FCM LG ENV
TRUJILLO ALTO, PR
00976
MAR 19, 21
AMOUNT

\$1.60

R2305M149340-07



1000



00918

U.S. POSTAGE PAID
FCM LG ENV
TRUJILLO ALTO, PR
00976
MAR 19, 21
AMOUNT

\$6.45

R2304M113146-03

Secretaría
Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
150 Avenida Chardón
Edificio Federal
San Juan, PR 00918-1767

RECEIVED AND FILED
CLERK'S OFFICE
U.S. DISTRICT COURT
SAN JUAN, PR
2021 MAR 23 PM 4:17